Troisième Année N° 1 Janvier 1893

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France . . . . **10** fr. par an

Étranger. . . . . **12** fr. —

PARIS

L. BATTAILLE & Cie

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23

MEMBRES TITULAIRES :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Bonnier.
4. Boucheron.
5. Cartaz.
6. Chatellier.
7. Duplay.
8. Garnault.
9. Garrigou-Desarenes.
10. Gellé.
11. Gille.
12. Gouguenheim.
13. Hermet.
14. Ladreit de Lacharrière
15. Lévi.
16. Lœwenberg.
17. Lubet-Barbon.
18. Luc.
19. Marage.
20. Martin.
21. Ménière.
22. Miot.
23. Potiquet.
24. Reynier.
25. Ruault.
26. Saint-Hilaire.

MEMBRE HONORAIRE :

Moura-Bourouillou

COMPOSITION DU BUREAU
pour l'année 1893

Président............ Lœwenberg.
Vice-Président...... Ruault.
Secrétaire général... Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel..... Bonnier.
Trésorier.............. Ménière.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr Saint-Hilaire, *Secrétaire général, rue du Four, 51.*

N° 1 TROISIÈME ANNÉE JANVIER 1893.

BULLETINS ET MÉMOIRES
DE LA SOCIÉTÉ
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

Séance du 2 Décembre 1892 (Suite)

PRÉSIDENCE DE M. CARTAZ

De la soudure complète du voile du palais et du pharynx

Par le Docteur A. CARTAZ, ancien Interne des hôpitaux

Les affections ulcéreuses de la gorge, qu'elles soient causées par la syphilis, la cause la plus commune, par la tuberculose, le lupus ou par des lésions accidentelles, amènent à leur suite des désordres graves, pertes de substance plus ou moins étendues, perforations du voile, mutilations multiples. La guérison, quand elle est possible, ne s'obtient qu'au prix de délabrements le plus souvent irréparables et qui sont l'origine de troubles fonctionnels des plus importants. Parmi les modifications qu'entraînent après elles, les ulcérations profondes du voile du palais et de la paroi pharyngée, il en est peu qui soient aussi graves que les adhérences unissant ces deux parties. Les troubles fonctionnels sont portés à leur maximum; la parole, la déglutition, la respiration sont à des degrés divers profondément modifiées et gênées. Mais il y a plus; alors qu'une perforation étendue pourra, après guérison de la lésion ini-

tiale, être l'objet d'une réparation complète par les procédés si variés et si délicats de la staphylo-uranoplastie, la lésion dont je m'occupe présente à la sagacité du chirurgien des obstacles souvent insurmontables.

Si l'histoire du mode de formation de ces symphyses, si l'étude de leur pathogénie et de leur symptomatologie ne présentent guère d'inconnues, il n'en est pas de même de la thérapeutique. Depuis un demi-siècle et plus que s'exerce l'habileté des chirurgiens pour triompher de cette grave difformité, la question, à ce point de vue spécial, n'a pas beaucoup progressé. C'est qu'on se heurte en effet à une difficulté considérable.

Rien n'est plus facile, en général, que de mobiliser ces tissus adhérents, de détacher les restes des piliers et du voile attachés et soudés à la paroi du pharynx. Quand je dis rien n'est plus facile, faut-il encore s'entendre, l'opération est souvent fort laborieuse et fort délicate. Mais ce n'est point dans cette libération, dans cette reconstitution de l'isthme pharyngé supérieur que git la principale difficulté. C'est de maintenir à l'état permanent la voie qu'on s'est ouverte au milieu de ces masses indurées, cicatricielles. On est obligé de lutter sans relâche contre une tendance invincible à l'accolement de ces lambeaux, à une soudure nouvelle en dépit des moyens protectifs les plus parfaits, en général du reste fort mal supportés. Aussi, malgré quelques essais heureux, les plus habiles ont-ils renoncé à tenter la guérison de cette difformité. On peut en effet se demander si la gravité, réelle dans certains cas, les douleurs et les fatigues de semblables interventions ne contrindiquent pas toute opération en présence des résultats médiocres obtenus le plus souvent.

Il m'a paru intéressant, à propos d'une observation personnelle où j'ai dû me poser ce problème, d'étudier d'après les cas anciens et d'autres plus récents et que j'ai lieu de croire peu connus, au moins en France, ce qui avait été fait à ce point de vue. Je n'ai relevé dans ces notes que les cas de symphyse totale ; si comme intervention opératoire, ils ne diffèrent guère de ceux où persiste un orifice, une ouverture si étroite qu'elle soit, ils s'en éloignent par les troubles pénibles qu'ils imposent au malade ; impossibilité de respirer par le nez, maintien de la bouche constamment ouverte, sup-

pression de l'acte du moucher, troubles plus fréquents de l'audition qui font réclamer une intervention.

Les cas de symphyse totale avaient paru très rares aux premiers observateurs.

Lorsque Julius Paul (1) publia son mémoire sur l'adhérence du voile du palais à la paroi pharyngée, cette grave difformité était encore peu connue ou pour mieux dire, aucun travail d'ensemble n'avait paru sur cette question. Dieffenbach (*Operative Chirurgie* I, p. 455) avait indiqué que l'on peut observer à la suite d'altérations scrofuleuses une fusion de la paroi postérieure du voile avec la paroi pharyngée. Nélaton signalait ces lésions.

Malgaigne avait tenté d'opérer des cas de ce genre. Avant le mémoire de Paul, il nous faut citer le travail de Sigmund (2) qui avait réuni plusieurs observations tirées de sa pratique personnelle.

Coulson, Czermak, ont publié les premiers cas de symphyse totale.

Pitha (3) avait remédié dans une large mesure, par une opération bien conduite, aux inconvénients produits par cette difformité. Szymanowski (4) en relatant l'observation de Pitha, donne un total de 9 cas, dont trois lui sont personnels, mais qui n'ont pas trait à des adhérences totales.

En réunissant tous les faits publiés antérieurement à son travail, en y joignant trois cas personnels, Paul relatait trente observations d'adhérences plus ou moins complètes ; trois seulement étaient des exemples de symphyse totale.

La question, mise au jour et bien étudiée par l'auteur allemand, fut reprise beaucoup plus tard par un élève de Trélat, Schwebisch, qui en fit l'objet de sa thèse inaugurale. Ce travail comprend l'étude de toutes les variétés d'adhérences, même les moins com-

---

(1) Arch. f. Klin. Chir. VII, p. 199 ; traduction de Verneuil in Arch. gén. de méd. p. 422, 1865.

(2) Wiener med. Woch. n° 48, 1854.

(3) Jahrb. des ges. d. Aerzte Wien, 1863, p. 105.

(4) Vierteljah. f. prakt. Heilkunde, 1864.

plètes ; l'auteur a réuni les faits épars, publiés avant et depuis le mémoire de Paul. Il a été inspiré par l'observation attentive d'une malade opérée par Trélat à la Charité.

Citons encore, dans ce court aperçu historique, l'article de Gairaut du Dictionnaire encyclopédique, le travail de Rice (1), de Lesser (2) et la communication de Nichols relative à un procédé opératoire nouveau qui lui aurait donné les résultats les plus satisfaisants.

Pour m'en tenir à l'étude restreinte de la symphyse totale, il n'existait, au moment de la publication du travail de Paul, que trois cas dus à Hope, Coulson, Czermak. Depuis, le nombre de ces symphyses totales s'est accru et j'ai pu réunir dans ce travail 37 observations, dont une personnelle. J'en cite quelques-unes en les résumant et le lecteur voudra bien se reporter à la bibliographie pour la mention de ces divers faits.

Voici l'observation qui m'est personnelle :

M. X..., âgé de 45 ans, vient me consulter en octobre 1891. Il y a vingt ans, il contracta la syphilis au Brésil et ne suivit aucun traitement sérieux. Peu de temps après la guérison du chancre, le malade ne peut préciser des dates, douleurs dans les membres et apparition d'exostoses. Les accidents disparaissent lentement par l'usage de l'iodure et pendant une dizaine d'années il ne ressent rien.

Il y a sept ou huit ans, début des accidents du côté du nez ; coryza intense avec sécrétions muco-purulentes extrêmement abondantes, puis mal de gorge, gêne pour avaler; en même temps survenait une gomme de la voûte palatine qui a amené une perforation, en trois mois d'évolution. Le malade a été soigné à ce moment par Ricord, puis par le professeur Fournier ; on lui fit, en dehors du traitement interne, des badigeonnages iodés (?) dans la gorge.

Cette phase de la syphilis paraît avoir été grave et assez longue; en même temps que les ulcérations de la gorge, on constatait des

(1) N. York med. jour. 26 déc. 1885.

(2) Berl. klin. Woch. n° 23, 1879.

exostoses frontales et le malade eut pendant plusieurs semaines des céphalées intenses.

Il ne saurait préciser dans quelles conditions est survenue l'adhérence du voile avec la paroi pharyngée. Il se rappelle seulement que la sensation d'obstruction a été graduelle et d'après lui, ces phénomènes n'auraient pas duré plus de quinze jours depuis le moment où la respiration nasale a été gênée jusqu'à celui où l'occlusion a été absolue.

Etat actuel. — Le malade est bien portant et ne se plaint que de la gêne occasionnée par cette symphyse pharyngo-palatine. La voix est très légèrement nasonnée, à peine comme dans un rhume de cerveau léger. Le nasonnement a été horrible, dit le malade, au moment de la perforation de la voûte ; l'ouverture mesurait environ la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Depuis la diminution de cet orifice, il est arrivé à corriger d'une façon très appréciable les défectuosités de la voix et, je le répète, le nasonnement est peu marqué.

A la voûte palatine, près de la ligne médiane un peu sur le côté droit, petite fistule, trace de la perforation conduisant dans la fosse nasale droite. Le cathétérisme en est impossible, mais quand le malade chasse de l'air en fermant la bouche, il en passe une partie par la fistule. Il trouve même dans cette projection d'air, un aide pour expulser quelques mucosités du nez. Quand il veut déglutir une trop forte quantité de liquide, il en voit quelquefois sortir quelques gouttes par cette fistule nasale.

Le voile du palais ne présente pas les épaississements et les déformations qui accompagnent en général cette symphyse. La soudure paraît s'être faite par les piliers postérieurs et la partie supérieure du voile, dont le bord central, ainsi que la luette, ont conservé leur apparence normale. Seulement il est réduit à une hauteur minime et comme appliqué contre la paroi postérieure du pharynx. Sa coloration est normale et les réflexes sont conservés. La soudure paraît plus intime à droite qu'à gauche, ce qui donne une direction légèrement oblique dans le sens transversal.

Le doigt porté dans l'arrière-gorge tombe dans un cul-de-sac où l'on ne perçoit aucun orifice ; il rencontre une voûte membraneuse complète, mais d'une faible épaisseur, ce que confirme l'examen

en portant dans le pharynx une sonde glissée par les fosses nasales et qui est arrêtée sur tous les points. L'occlusion est complète ; mais les adhérences se sont faites sans ces énormes brides cicatrelles qu'on rencontre parfois jusqu'à la voûte du pharynx. Une injection nasale reflue par l'autre narine et pas une goutte ne tombe dans l'arrière-gorge.

Les fosses nasales ne sont, en dehors de la fistulette palatine, le siège d'aucune lésion apparente, autre que de la rhinite légère, avec un peu de relâchement hypertrophique de la muqueuse des cornets inférieurs.

Anosmie presque complète. Après que je lui eus fait pratiquer des irrigations nasales, il lui sembla percevoir quelques odeurs. Cependant il ne put jamais, chez moi, sentir du menthol, de l'essence d'anis et d'autres substances très odorantes.

Le goût est de même très affaibli. Aucun trouble de l'audition. La membrane du tympan a son aspect normal, sans aucune dépression.

Respiration exclusivement buccale. Le malade ne peut moucher ; l'air qui passe par la fistule lui aide à chasser les mucosités quand elles arrivent à la partie antérieure du nez.

En présence des troubles peu marqués présentés par le malade, je ne me crus pas autorisé à tenter une opération qui présente peu de chances de succès complet, sans lui avoir exposé la marche à suivre. Le cas eut cependant été des plus favorables, en raison du peu d'épaisseur de l'accolement. Mais quand je fis entrevoir au malade la nécessité de porter pendant plusieurs jours un appareil pour empêcher le rapprochement des parties désunies, il renonça à toute idée d'intervention. Je me contentai de faire pratiquer des lavages du nez bi-quotidiens qui remédièrent en grande partie au besoin de moucher, en balayant les mucosités.

Dans la plupart des cas, c'est à la syphilis qu'il faut faire remonter l'origine de ces lésions ; j'oserais presque dire que la syphilis seule peut être incriminée, bien que quelques observations, je parle de symphyses totales, aient été attribuées à une autre cause. Sur ces 37 cas, 31 fois la syphilis est nettement accusée, remontant à une époque plus ou moins éloignée, mais indiscutable. Cinq fois, la lésion est attribuée à la scrofule, à ces variétés si bien décrites par Homolle dans sa thèse sous le nom de scrofulides malignes,

A l'époque où ont été publiés ces faits, on connaissait encore mal la parenté de la scrofule avec la tuberculose et la syphilis. Sans vouloir m'inscrire en faux contre un diagnostic étiologique fort difficile à établir, en raison de l'absence de commémoratifs, d'accidents antérieurs ou simultanés capables de l'éclairer, il me semble que sans trop forcer la vraisemblance, on peut voir, dans quelques-uns de ces cas, des accidents de syphilis acquise ou héréditaire.

C'est ainsi que la malade de Lavrand, mariée et ayant eu des enfants bien portants, souffre à l'âge de 30 ans d'une affection de la gorge qui dure quelques semaines. Pendant un mois la déglutition est très douloureuse et c'est aussitôt après que la respiration nasale devient impossible et que s'établissent les signes subjectifs du cloisonnement de la cavité pharyngée, sans récidives d'angine ou d'autres manifestations de la scrofulo-tuberculose.

Cette évolution rapide me semble cadrer plus facilement avec le diagnostic de syphilis qu'avec une ulcération scrofuleuse ou tuberculeuse qui ne rétrocède pas avec cette facilité.

De même la malade de Cadier, âgée de 20 ans, a été prise de maux de gorge à l'âge de 4 ans. Quelques mois après, bien qu'elle fût soignée à l'hôpital, les désordres étaient devenus complets ; elle ne pouvait plus respirer par le nez. Il est naturel d'admettre ici, sans être trop hypothétique, qu'il s'est agi d'ulcérations syphilitiques, à marche rapide, peut-être d'origine héréditaire.

La nature des lésions dites scrofuleuses était, je le répète, fort discutée à l'époque où ont été publiées quelques-unes de ces observations. Je crois que le diagnostic serait probablement modifié par leurs auteurs, s'ils les rédigeaient aujourd'hui.

La diphtérie a été mentionnée comme cause de ces adhérences dans le cas de Mac-Mahon. Ce fait serait absolument exceptionnel, mais je ne saurais discuter cette assertion, n'ayant pu lire le texte de cette observation.

Chez le malade de Lewin, les lésions étaient survenues, au dire du malade et de son entourage, à la suite de scarlatine compliquée de diphtérie avec récidive. Mais Lewin, en présence des lésions multiples du palais osseux, du voile et du larynx, rejeta, ainsi que ses collègues de la société de médecine, cette origine problématique pour admettre la syphilis.

Le lupus peut-il amener dans la gorge ces adhérences totales. L'observation de Coulson, celles de Lucas-Championnière, Bourdon, si le diagnostic étiologique est admis, seraient là pour le prouver. Les faits assez nombreux d'adhérences incomplètes viennent encore le démontrer. (Obs. d'Homolle, Lailler, Besnier, Fougère, etc...)

On comprend que lorsque le passage du pharynx à la gorge es- réduit, comme dans quelques-unes de ces observations, à un pertuis n'admettant que le petit doigt, qu'une sonde (calibre d'une plume d'oie), une soudure complète puisse survenir à un moment donné. C'est dans cet état, d'une simple fistule permettant la communication du pharynx inférieur avec le pharynx supérieur, que l'on observe la grande majorité des malades et ce n'est souvent qu'au prix de grands efforts que l'on parvient à entretenir cet étroit pertuis.

Le rhinosclérome (Castex, *Rev. de laryngologie,* 1892) peut entraîner des adhérences du voile et des piliers avec le pharynx, mais ces adhérences sont partielles, limitées, et il n'existe pas, à ma connaissance, de fait de symphyse totale reconnaissant cette origine.

En résumé, la syphilis reste la cause de beaucoup la plus fréquente de ces lésions et c'est à elle qu'il faudra songer tout d'abord car si le traitement spécifique est, on le comprend, d'une inutilité absolue pour remédier à de pareils désordres, il peut être efficace contre la marche progressive des ulcérations, contre l'infiltration des tissus et à moins de se trouver en présence d'accidents remontant à une époque éloignée, il sera bon d'administrer les agents spécifiques.

Ces symphyses s'observent d'ordinaire chez des sujets adultes ; sur les 30 cas rassemblés par Paul, quatre seulement appartenaient à l'enfance. Sur les 37 cas de symphyse totale, j'en trouve une chez une fillette sans indication d'âge (Massei), une fille de 14 ans (Czermak), une chez un garçon de 15 ans (Kuhn). La malade de Cadier présentait les lésions depuis l'âge de 4 ans. Dans tous les autres cas il s'agit d'adultes entre 25, 45 et 65 ans (Hajek). Je compte dans les faits particuliers que j'ai recueillis, 18 cas chez des hommes, 11 dans le sexe féminin; dans 8 cas les observations n'indiquent ni le sexe ni l'âge.

Il est rare qu'on assiste à l'évolution des accidents ; souvent le début remonte à une époque éloignée, dans l'enfance, le jeune âge. Les lésions ont passé plus ou moins inaperçues ; leur progression a été latente, insidieuse, et le jour où le malade vient demander un avis, il est déjà trop tard ; le mal est fait, irréparable. La lésion pourra passer d'autant plus inaperçue que dans des cas, assez rares il est vrai, on ne voit, à un examen sommaire de l'arrière-gorge aucune trace d'ulcération. Tout le mal est localisé dans la cavité pharyngo-nasale, en arrière du voile et chez un malade peu soigneux, mal surveillé, la soudure pourra déjà être en partie faite avant que l'on ait constaté les accidents qui en ont été l'origine. Il est en effet une manifestation des périodes secondo-tertiaide ces syphilis graves, tenaces, qui n'attire pas l'attention du malade ; c'est une forme de coryza chronique, avec ou sans odeur ozéneuse (ceci dépend en effet de l'abondance des secrétions, de leur rétention et des soins de propreté). Ce coryza, indice de manifestations du côté de la pituitaire, peut être pris longtemps pour une rhinite simple, un vulgaire rhume de cerveau chronique.

Le professeur Duplay a appelé l'attention sur ces accidents nasaux à propos des perforations syphilitiques de la voûte palatine et montré la part qu'ils prennent dans la formation de cette difformité. Diday avait signalé ces rhinites latentes prémonitoires.

Il est certain que, à des degrès divers et dans des conditions un peu différentes, le processus ulcératif se manifeste fréquemment dans les arrière-cavités nasales, dans le pharynx nasal, marchant de pair avec les accidents de la gorge et préparant simultanément sur les deux parois du voile et du pharynx l'accolement et la soudure. Il ne suffit pas, cela va sans dire, que le malade présente un catarrhe spécifique de l'arrière-gorge, un coryza à forme plus ou moins ulcéreuse pour qu'il en découle la conséquence d'inflammations propagées au pharynx. Je veux simplement retenir ce fait que dans ces formes la lésion débute aussi souvent par le pharynx supérieur que par la gorge proprement dite et si l'on veut bien se reporter à l'observation que j'ai recueillie, on verra que l'adhérence du voile s'est produite d'une façon absolue, totale, sans que l'arrière-gorge présente ces cicatrices radiantes, ces déformations bizarres, indices des graves lésions qui ont précédé la symphyse. Chez

ce malade les ulcérations étaient restées presque entièrement localisées du côté du pharynx nasal; tout au moins n'en observe-t-on aucune trace apparente dans l'arrière-gorge. Et ce fait n'est pas isolé (Obs. de Lavrand, Hajek).

Ce sont en réalité ces lésions latentes du pharynx supérieur et de la paroi postérieure du voile qui préparent ces adhérences si étendues, et ajouterai-je, d'évolution si rapide.

Malgré leur peu de retentissement, ce sont souvent des ulcérations étendues, appartenant aux formes graves de la syphilis tertiaire. Mais il n'est pas nécessaire d'aussi profondes atteintes.

Au dire de Schech (*Deut. Archiv f. klin. Med.* XVIII, 1876) on pourrait observer ces adhérences à la suite de simples érosions superficielles, d'une simple desquamation épithéliale portant sur une plus ou moins grande surface. Or, on sait combien fréquentes peuvent être ces lésions légères. Chez les fumeurs, les alcooliques, la pharyngite catarrhale chronique est, pour ainsi dire, constante et peut constituer un terrain tout préparé pour l'éclosion d'accidents plus graves.

Cependant ce sont ces formes d'infiltration progressive des tissus liée à des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins nombreuses qui amènent ordinairement la soudure. Tantôt la lésion débute par la partie inférieure, du côté de la base des piliers; tantôt c'est au contraire par la partie supérieure, dans l'angle du pharynx qui correspond au pilier postérieur que l'on voit les premières atteintes. D'après Clarence Rice, ce point serait en quelque sorte un siège de prédilection, en raison des frottements multiples dont il est le siège et de la rétention des sécrétions pharyngo-nasales. Il a vu plusieurs cas (*N. York med. jour.* 26 déc. 1886) où les ulcérations ont débuté par ce point et chez un jeune enfant, atteint de scrofule ou de syphilis congénitale et porteur d'une perforation palatine, il a pu suivre au miroir pendant un certain temps la marche des lésions. La constatation de ces lésions premières est fort rarement signalée, cela se comprend. Dissimulées derrière le voile, elles ne provoquent au début que des réactions modérées, de la gêne de la déglutition; elles devaient forcément échapper à l'examen, à une époque où la rhinoscopie postérieure était peu connue et pas du tout pratiquée.

Mais le début sur ce point permet de saisir comment dans quelques cas le voile a pu garder son apparence normale, tout en venant, par l'adhérence, créer une infirmité des plus graves.

Les lésions se présentent souvent en même temps du côté de la gorge, sur la paroi du pharynx visible en ouvrant la bouche, à l'isthme du gosier et du côté du pharynx supérieur et de la partie postérieure du voile. En même temps que le pharynx, le voile est le siège d'ulcères analogues ; les lésions marchent de pair.

Dans sa thèse sur les scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne, G. Homolle (Thèse de Paris, 1875) a bien décrit l'évolution de ces accidents, la déformation des piliers, par le bourgeonnement des ulcérations, l'infiltration de la muqueuse et du muscle lui-même. Qu'il s'agisse de lupus ou de syphilis, le mode d'évolution ne varie pas beaucoup, sauf au point de vue de la rapidité.

« Le pilier postérieur épais, mamelonné, s'accole au fond du pharynx et peu à peu se fusionne avec lui, d'abord à sa base, puis vers la partie supérieure. Il attire à lui et vers le fond du pharynx la portion du voile à laquelle il s'insère ; de plus en plus son bord libre se confond avec la muqueuse pharyngée qui elle-même est mamelonnée, tuméfiée. Le pilier, en se portant en dedans et en arrière, a étalé en quelque sorte l'excavation amygdalienne dont le fond vient se montrer de face ; il peut être au contraire caché derrière le pilier antérieur et l'excavation se trouve complètement masquée. Le bord libre exulcéré du voile adhère au fond du pharynx par ses extrémités et tend à s'y accoler par un fusionnement des surfaces bourgeonnantes ; le voile forme alors un rideau transversalement tendu d'avant en arrière ; il ne reste entre lui et la paroi postérieure qu'un orifice dont le diamètre peut ne pas dépasser celui d'une plume d'oie ou s'efface même complètement ; les fosses nasales n'ont plus alors de communication avec la gorge. »

Cette interprétation de la formation des adhérences entre le voile et le pharynx me semble des plus rationnelles. Que l'accolement, au lieu d'être progressif, en partant de la base, se fasse en même temps par plusieurs points, et l'on aura ces exemples de soudure rapide, étendue à de larges surfaces, alors que les deux parties semblaient encore indépendantes.

On sait, en effet, combien devient rétrécie la cavité pharyngienne quand les piliers sont distendus et refoulés par une inflammation phlegmoneuse périamygdalienne ou siégeant dans l'épaisseur du voile. Des ulcérations tertiaires, des gommes déterminent le même gonflement, la même inflammation des tissus. Les deux parois sont très rapprochées, elles se touchent; dès lors, préparées par ce travail ulcéreux et inflammatoire, elles constituent des surfaces on ne peut mieux disposées à faire corps, à se souder. Une fois créée, sur une partie limitée, si le travail ulcéreux n'est pas arrêté par un traitement approprié, la coalescence des deux membranes muqueuses gagnera de proche en proche et s'étendra graduellement. De jour en jour la cavité deviendra de moins en moins spacieuse, les parties du voile non atteintes seront en quelque sorte attirées par la rétraction cicatricielle des surfaces déjà adhérentes et peu à peu l'occlusion se fait définitive et complète.

Il suffit de très peu de temps, quand les lésions sont arrivées à ne plus laisser qu'un étroit orifice de passage, pour que l'occlusion soit totale. Coulson voit son malade avec une ouverture très petite, il est vrai, une sorte de fistule; deux jours plus tard elle était oblitérée.

On sait du reste avec quelle peine on peut maintenir béante la communication, dans les cas de soudure partielle ou incomplète; on sait au prix de quelles difficultés on peut, après une intervention, empêcher l'accolement des parties détachées et combien peu fréquemment le succès couronne les efforts du chirurgien et la patience du malade.

Je crois que ce rapprochement graduel des surfaces, se faisant sous la seule action du travail ulcéreux et inflammatoire, du gonflement et de l'infiltration des tissus suffit pour expliquer la formation des adhérences et je ne comprends pas la théorie un peu compliquée de Paul, de Breslau.

Dans son mémoire, Paul signale comme des obstacles à cette adhérence les mouvements du voile sous l'action de ses propres muscles, du courant d'air inspiré et expiré, de la déglutition, des mucosités descendant de la voûte et du nez dans l'arrière-gorge. D'après lui, la soudure ne se produirait facilement que lorsque le voile est perforé, déchiré; les fragments pourraient alors se porter

en arrière et il suffirait d'un contact très court pour produire un commencement d'adhérence persistante lorsque les ulcérations qui couvrent les deux surfaces opposées passent de l'état de destruction moléculaire à l'état de régénération plastique par granulation.

Comme le fait observer Homolle, on conçoit difficilement cette greffe rapide, presque soudaine ; l'adhérence de proche en proche de surfaces bourgeonnantes, est au contraire très facile à saisir. Les mouvements du voile sont, avec de pareilles lésions, réduits à des oscillations bien faibles et quand même l'état des tissus permettrait encore quelque action des muscles, elle n'empêcherait pas des parties rapprochées, soit en haut, soit en bas, de venir peu à peu au contact.

Le voile devient, comme dans les inflammations aigües, angineuses ou amygdalo-palatines, et à un degré encore plus marqué, plus ou moins inerte, ne répondant plus à son rôle physiologique. La preuve en est dans les symptômes communs aux deux genres d'affection, voix nasonnée, régurgitation fréquente des aliments par le nez, tant que l'oblitération n'est pas très prononcée.

Les symptômes ne présentent pas, dans le cas de symphyse totale, de différences bien accusées avec ceux des symphyses partielles. La communication entre le pharynx nasal et l'arrière-gorge est complètement fermée ; ni l'air ni les liquides ne peuvent passer.

La respiration nasale, difficile avec un petit pertuis, est ici absolument abolie ; par contre, le reflux des liquides pendant la déglutition n'existe plus.

Les troubles de la phonation sont des plus marqués ; la voix a un timbre nasonné, analogue à celui que donne une tumeur du pharynx ou de l'arrière-cavité nasale, plus marquée peut-être encore puisque l'occlusion est absolue et qu'aucune résonnance ne peut se produire du côté du pharynx. Il peut se joindre à ces troubles d'articulation des modifications de la voix dues à des lésions concomitantes du larynx (faits de Lewin, Heymann, Pauly).

Le degré de ces altérations de la voix est du reste très variable, il n'est pas en rapport avec l'étendue ou l'épaisseur des adhéren-

ces. Il est certain que les malades intelligents arrivent à corriger ce défaut dans une certaine mesure, cela va sans dire, et à diminuer dans des proportions remarquables ce nasonnement.

Hartmann dit même avoir vu un cas de soudure complète chez une fillette, sans le moindre nasonnement. Chez le malade que j'ai observé, ce défaut était réduit au minimum ; de même chez le malade de M. Mauriac.

La respiration n'offre aucune particularité, en dehors de complications du côté du larynx ou de l'appareil respiratoire, si ce n'est qu'elle est entièrement buccale. L'arrière-gorge offre de ce fait une irritation et une sécheresse constantes et pénibles, que les gargarismes ou pulvérisations ne soulagent que médiocrement.

Il est presque constant d'observer chez ces malades un certain degré de rhinite catarrhale, alors même qu'il n'existe plus d'accidents syphilitiques en évolution et que la symphyse remonte à une époque éloignée. Cette rhinite est due à l'accumulation des mucosités dans le nez et dans l'arrière cavité nasale ; avec la moindre fistule ces mucosités glissent en arrière et tombent dans la bouche. Dans l'adhérence totale, elles s'accumulent dans la poche supérieure formée par ce rideau et le malade ne pouvant moucher, peuvent y séjourner pendant longtemps. J'ai remédié d'une façon très simple à cet embarras chez mon malade en lui faisant pratiquer, matin et soir, des irrigations nasales qui se font des plus aisément, puisqu'il n'y a pas de communication du nez avec la bouche.

Le goût et l'odorat ne sont pas toujours abolis ; mais dans la plupart des cas les sensations olfactives sont notablement affaiblies et celles du goût marchent souvent de pair. Le malade de Coulson ne percevait aucune odeur ; aussitôt le voile percé, l'odorat et le goût reparaissent. Mon malade avait de véritables anosmies intermittentes en ce sens que lorsque le nez était obstrué par des mucosités, l'odorat, qui est fort affaibli, était aboli complètement.

Dans les observations de Duncan, Lucas-Championnière, Trélat, Kuhn, Lavrand, Richet, etc., l'odorat et le goût sont abolis ou très affaiblis ; le malade de Mauriac avait perdu l'odorat, mais la gustation était restée intacte.

Cette accumulation des mucosités dans le nez peut déterminer des céphalées, des douleurs névralgiques assez vives (Duncan), liées vraisemblablement à une irritation propagée au sinus frontal.

Les accidents du côté de l'*oreille* sont plus fréquents que dans les symphyses partielles ; ils tiennent à deux causes, l'occlusion plus ou moins marquée, sa destruction dans quelques cas, de l'orifice de la trompe par des brides cicatricielles ou une inflammation chronique due à la suppuration prolongée, au moment de la formation des adhérences, et à la présence des mucosités nasales. Le degré varie donc beaucoup suivant la cause et l'examen par le cathétérisme pourra révéler la nature des lésions. Chez la fillette de Kuhn, les trompes étaient fermées par des brides cicatricielles ; l'opération, qui réussit, améliora considérablement l'ouïe. Dennert a constaté aussi une oblitération cicatricielle des trompes, qui remontait à 17 ans. Le tympan atrophié avait perdu sa mobilité et l'oreille moyenne était remplie d'un liquide analogue à l'humeur vitrée. Un traitement améliora un peu l'état de l'ouïe.

Dans quelques cas l'audition est simplement affaiblie, (Duncan, Hartmann). Le malade de Mauriac présentait, à ce point de vue, une particularité bizarre : le contact de l'eau froide sur la bouche ou la figure lui bouchait momentanément, disait-il, les deux oreilles, surtout celle qui entendait le moins mal. De crainte de surdité il avait la précaution de ne se laver et raser qu'à l'eau chaude.

Dans d'autres cas, au contraire, on ne note aucun trouble de l'audition. (Obs. personnelle, cas de Heymann, Lavrand, Richet).

Je ne fais que mentionner les complications observées dans un certain nombre de cas du côté du pharynx inférieur, de l'épiglotte, du larynx, (ulcérations, brides cicatricielles, rétrécissements plus ou moins prononcés), résultat de manifestations syphilitiques sur ces différents points.

Théoriquement, le traitement de cette affection paraît se réduire à une opération assez simple : décoller par un avivement sanglant les surfaces adhérentes et empêcher leur juxtaposition jusqu'à complète cicatrisation. En fait, cette opération est des plus complexes, le décollement est fort souvent des plus difficiles. Je ne

parle pas de la douleur qui peut être supprimée par l'anesthésie générale en opérant la tête pendante, ou, ce qui est préférable, par l'anesthésie locale avec les solutions de cocaïne. Mais les tissus ont subi, dans bien des cas, une fusion tellement intense, les brides cicatricielles sont parfois si dures qu'il faut, en réalité, sculpter le lambeau sur la paroi postérieure du pharynx. De plus, ce décollement s'accompagne d'une effusion de sang abondante, arrivant à des hémorragies dangereuses (Malgaigne, Trélat, Kuhn). L'hémorragie peut être atténuée ou supprimée par l'emploi du galvanocautère, mais on prépare à la chute des eschares des surfaces granuleuses plus aptes à se réunir et à fusionner. Puis, lorsque ce premier temps est terminé, on se heurte à la difficulté considérable de maintenir ces deux lambeaux cruentés éloignés l'un de l'autre pendant un temps suffisant pour permettre la cicatrisation isolée. Les appareils, tendant à empêcher ce rapprochement, sont mal supportés et n'arrivent pas toujours à prévenir le retour de la symphyse. Aussi, bien des chirurgiens considèrent-ils que le bénéfice apporté par une intervention compense les dangers et ont-ils renoncé à toute opération. Je ne suis pas loin de partager cette opinion.

Il existe cependant des cas où le succès a couronné les efforts du chirurgien, mais, pour plusieurs de ces observations, on se trouvait encore à une date trop rapprochée de l'opération pour pouvoir juger nettement du résultat. C'est par mois qu'il faut compter pour être assuré que le succès est bien acquis et qu'on n'a pas à craindre une récidive.

Beregszasky a pu maintenir complète la séparation ; six mois après l'opération elle persistait, mais le malade s'introduisait tous les jours la lame isolante.

Au point de vue des bénéfices que l'on peut retirer d'une intervention il est important de distinguer, comme l'a indiqué Clarence Rice, les cas où il y a une adhérence simple, sans altération des tissus et ceux où cette adhérence se complique de cicatrices étendues du côté de la gorge ou du pharynx nasal, avec rétrécissement considérable de cette cavité. Les premiers permettent, en effet, une intervention avec chances de succès ; il s'agit d'une opération pénible pour les malades par la nécessité de porter un

pansement ou des appareils isolateurs ; mais on peut compter sur des résultats favorables. Hajek a récemment publié (*Int. Klin. Rundschau*, n° 34, 1892) cinq observations d'adhérences totales et dans deux cas le succès à été complet. Trois ans après pour un cas, deux ans après pour un autre, il n'y avait pas la moindre récidive. Il s'agissait précisément de ces formes d'adhérence simple, comme dans mon observation.

Je n'insisterai pas sur les divers procédés mis en œuvre pour remédier à cette difformité ; ils sont presque tous identiques à quelques nuances près. Ouverture, formation d'un étroit passage sur la ligne médiane, décollement progressif des lambeaux et interposition d'appareils pour empêcher le retour des adhérences jusqu'à complète cicatrisation. Dans bien des cas il a fallu une nouvelle opération pour remédier à une occlusion nouvelle (Kuhn, Just. Championnière, Duncan) ou pour compléter la première. Championnière a modifié, dans cette deuxième intervention, le procédé opératoire et a attaqué ces adhérences en procédant d'arrière en avant, en décollant les tissus au niveau de la voute palatine. Lesser a indiqué (*Berl. Klin. Woch.*, n° 23, 1879) une véritable opération autoplastique qui lui aurait permis d'empêcher la réunion des deux surfaces séparées. Les parties latérales du voile étaient largement soudées au pharynx ; seule, une petite portion avoisinant immédiatement la luette était libre. Cette portion libre fut fendue sur le plat, de façon à la dédoubler en deux feuillets, l'un antérieur, l'autre postérieur. Le feuillet antérieur fut ensuite partagé en deux par une incision longitudinale médiane et ces deux moitiés furent détachées latéralement de leurs adhérences à la paroi pharyngienne. Le sommet du feuillet postérieur (triangulaire) avivé fut suturé dans l'angle de la plaie formée par l'incision longitudinale du feuillet antérieur. Enfin, chacune des deux moitiés libérées du feuillet antérieur fut redoublé, de manière que son bord interne saignant fût reployé en arrière et en dehors et fixé en cette situation. De cette façon, la muqueuse des parties latérales du voile regardait la face saignante du pharynx et la reproduction des adhérences était rendue impossible. Le procédé est malheureusement fort compliqué, d'une exécution pénible et difficile; je ne crois pas du reste qu'il ait été employé par d'autres chirurgiens.

Nichols a présenté il y a bientôt deux ans à l'Académie de médecine de New-York (28 janvier 1890) (1), plusieurs malades opérés par un procédé qui constitue un perfectionnement très heureux pour la cure de ces adhérences. Il me paraît d'une application difficile quand les brides cicatricielles sont nombreuses, remontent très haut et que la coarctation est des plus prononcées, mais il doit en effet donner des résultats bien supérieurs aux méthodes employées jusqu'ici pour les cas où l'adhérence n'offre pas une grande épaisseur. Il eut, ce me semble, bien convenu pour le malade dont j'ai relaté l'histoire.

Le chirurgien américain passe à l'aide d'une aiguille à staphylomaphie un fil de soie qui étreint une partie de la zone à décoller. Chaque jour le fil est serré de façon à amener la section de la partie ligaturée. Quand le fil tombe, il laisse une trainée cicatricielle et c'est sur cette trainée mince qui, d'après Nichols, n'offrira plus de chances d'une soudure immédiate qu'il porte un fin bistouri et sépare les deux lambeaux, en ayant bien soin de rester exactement sur cette voie créée par la ligature. Il a obtenu par le procédé des résultats très remarquables.

Hajek perfore les adhérences par la partie supérieure en passant par le nez une sonde coupante et se tenant aussi près que possible de la paroi pharyngée. L'ouverture agrandie au moyen de sondes dilatatrices, il bourre l'orifice et ce qu'il peut de la cavité avec un fort tampon de gaze iodoformée. Quelques jours plus tard, il décolle au bistouri en tirant à lui le voile avec le crochet palatin et en trois ou quatre séances, arrive à décoller toutes les adhérences.

Dans deux cas, il a attaqué la soudure par les parties latérales en pratiquant toujours par le nez une double perforation sur les côtés et décollant ensuite la partie médiane. Pour maintenir la séparation des parties, il fait passer une lame de caoutchouc de forme trapézoïdale, suspendue par des fils passant par le nez.

Que l'on procède au décollement par un procédé ou par un autre, la grosse difficulté, je le répète, e t de maintenir les parties détachées hors de contact pour prévenir le retour des adhérences.

---

(1) New-York, med. Journal, 22 fév. 1890, p. 219.

Les appareils, nombreux imaginés dans ce but, sont fort ingénieux, très pratiques; il n'y a qu'un inconvénient, c'est qu'ils sont en général fort mal tolérés.

Dans une communication toute récente, que je lis en terminant ce travail, M. Albertin (*Soc. des Sc. méd. de Lyon, Lyon méd.*, 27 nov. 1892) a opéré un cas d'adhérences, il subsistait un étroit orifice, mais le malade, emphysémateux, était tellement incommodé qu'il réclamait absolument une intervention. Particularité à noter, car c'est, je crois, le premier cas, les adhérences remontaient à l'année 1870 et avaient été causées par une angine variolique.

Après libération au moyen d'un bistouri coudé, M. Albertin appliqua un appareil prothétique construit par l'habile et ingénieux praticien de Lyon, M. Martin, et l'appareil put être maintenu un mois en place jusqu'à complète guérison.

Si cet appareil est aussi facile à supporter chez tous les malades on aurait là une ressource précieuse qui permettrait d'intervenir avec plus d'assurance.

Dans bien des cas, en effet, les opérateurs se sont bornés à établir dans l'épaisseur des tissus une perforation que des sondes dilatatrices maintenaient le plus large possible (Massei, Pauly, Cardone).

Coulson, pour établir l'orifice plus large, a réséqué une partie de ce qui restait du voile.

S'il me fallait conclure, après cette revue rapide, je dirais que l'intervention chirurgicale peut être suivie de succès durable et dès lors peut être conseillée pour cette variété d'adhérence simple sans brides cicatricielles étendues et sans rétrécissement du pharynx nasal.

Si, au contraire, il existe une déformation complète des parties, faisant de l'arrière-gorge une masse de tissus durs, avec adhérence intime sur une large épaisseur, je ne conseillerais pas une opération radicale. Outre qu'elle expose à des dangers sérieux, la récidive est trop souvent la règle pour qu'on puisse imposer ce sacrifice au malade. Il faut ou s'abstenir ou se contenter de pratiquer une perforation dont on entretiendra l'ouverture au moyen de sondes dilatatrices.

Lubet-Barbon. — J'ai vu deux cas d'occlusion complète du voile du palais par cicatrice syphilitique.

Dans l'un d'eux il y avait surdité par raréfaction de l'air dans la trompe et la caisse, et la membrane du tympan présentaient l'aspect caractéristique du catarrhe tubaire. Mon collègue Alfred Martin tenta par divers moyens de maintenir béante au travers du tissu cicatritiel une perforation, mais au bout de peu de temps l'orifice se fermait et la surdité revenait comme devant, si bien qu'il ne trouva d'autre procédé pour assurer l'audition que d'enlever une partie de la membrane du tympan à notre patient. Depuis il entend suffisamment bien.

D'autre part, j'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce qui m'a été livrée par un hasard d'amphithéâtre.

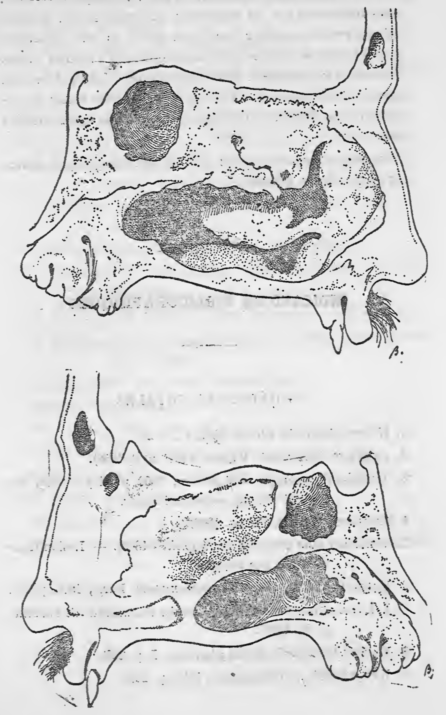
Etudiant sur le cadavre certaines opérations sur l'oreille moyenne, je trouvai, en pénétrant dans la caisse du côté droit, qu'elle était remplie d'une sérosité assez visqueuse, couleur sucre d'orge, et mon étonnement fut grand quand, passant au côté gauche, je constatai un épanchement de même nature. La bilatéralité de la lésion me suggéra l'idée que la cause en était médiane. Je fis, par curiosité, une section antéro-postérieure de la tête, section passant un peu à gauche de la cloison.

L'évènement me donna raison, et voici les lésions que présentait le sujet :

D'abord le voile du palais disparu, et à sa place on trouve un pont de tissu lardacé, dur, épais de deux à trois centimètres, s'étendant dans tous les sens, du bord postérieur de la voûte palatine à la partie postérieure du pharynx, et séparant complètement le pharynx nasal du pharynx buccal. Sur une des coupes on voit parmi les tractus fibreux un petit orifice qui nous a paru être l'orifice de la trompe, profond de quelques millimètres. Toutefois l'air insufflé dans ce conduit ne sort pas par l'oreille. Sur cette même coupe (partie gauche du sujet) on voit que le tiers postérieur du cornet inférieur a disparu. De plus, le cornet moyen adhère à la cloison, et le trait de scie a séparé cette adhérence en laissant une partie de la muqueuse de la cloison attachée à la muqueuse du cornet.

Sur la coupe de la moitié droite du sujet, on voit que la partie

postérieure du vomer n'existe plus, que le cornet inférieur tout entier a été détruit, et la fosse nasale de ce côté ressemble assez à la fosse nasale d'un ozéneux.



Des cicatrices et des brides fibreuses se voient sur tous les points de la paroi interne des fosses nasales.

Il eût été intéressant de connaître l'histoire clinique de ce sujet, malheureusement il a été impossible de retrouver son identité, mais on peut reconstituer une légère partie de cette histoire, à cause du catarrhe muqueux des caisses qui nous a conduit à notre trouvaille d'amphithéâtre. Il était certainement sourd, et on n'eût apporté d'amélioration à son état qu'en maintenant béante la perforation de la membrane du tympan, comme dsns le cas cité plus haut.

Les deux planches ci-jointes ont été dessinées d'après nature par notre collègue Bonnier.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ADHÉRENCES TOTALES

1. Hoppe (*Deutsche Klinik*, 1852, II, p. 21.
2. Czermak (*Sitzungsb. Wiener Akad.* nº 8, 1858).
3. Turner (*Edinburgh med. journ.*, 1860, p. 617). — Un cas observé par son assistant Flower.
4. Coulson (*Lancet*, 15 nov. 1862).
5. Virchow (*Die constitution. Syphilis*, 1860). — Lésion trouvée dans une autopsie.
6. Mauriac (*La syphilis pharyngo-nasale*, Paris, 1878, p. 21).
7. J. Lucas-Championnière (*Annales des malad. de l'oreille*, p. 89, 1876).
8. Massei (*Patologia del la pharinge.* I, p. 263).
9. Kuhn (*Arch. f. Ohrenkeilk.*, XIV, p. 165).

10. Trélat (*Thèse de Schwebisch*, Paris, 1880).

11. Heymann (*Berliner Klin. Woch.*, 12 juin 1882).

12. Dennert (*Discussion sur le cas de Heymann, Berl. Klin. Woch.*)

13. Hartmann (*Ibid.*).

14. Pauly (*Cent. f. Chir.* n° 17, 1884).

15. Rice (*N. York Acad. of med.*, 22 janv. 1890. — Discussion sur le travail de Nichols.

16. Cadier (*Ann. mal. de l'oreille*, p. 3, 1885).

17. Bourdon (*Gaz. méd. de Nantes*, p. 96, 9 mai 1886).

18. G. B. Hope (*Quarterly Bull. Clin. Soc. post graduate School, N. York*, oct. 1886).

19. Cardone (*Rivista clin. dell'Univ. di Napoli*, VIII, n° 2, fév. 1887).

20. Duncan (*Canadian Practitioner*, janv. 1888).

21. Harrison Griffin (*Medical Record, New-York*, p. 37, 14 janv. 1888).

22. Beregszaszy (*Internat. Klin. Rundschau*, n° 23, 1888).

23. Hartmann (*Versamml. Norddeutsch. Ohrenaerzte in Berlin*, 22 avril 1889).

24. Lane (*Brit. med. journ.*, 24 mai 1890).

25. R. J. Carter (*Ibid.*).

26. Lavrand (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 16 oct. 1891).

27. Mac-Mahon (*Canadian practitioner*, 16 fév. 1891).

28. Hal Foster (*Kansas city med. Index*, janv. 1891).

29. Lewin (*Berl. Klin. Woch.*, 13 juillet 1891).

30. Kuhn (*Monats. f. Ohrenh.* n°s 7 et 8, 1892).

31 à 35. Hajek (*Internat. Klin. Rundschau*, n° 34, 21 août 1892, 5 obs.

36. A. Richet (*Clinique chirurgicale*, Paris, 1893, p. 457).

Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire

(*Ablations partielles successives par morcellement, suivies d'applications iodiques immédiates*).

Par le Dr Albert Ruault

Je n'entends nullement faire dans cette courte note le procès des diverses méthodes classiques de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire. Je suis d'ailleurs convaincu qu'elles sont toutes bonnes, pourvu qu'on prenne soin de ne mettre chacune d'elles en pratique que lorsque l'indication spéciale s'en présente.

Si je me suis décidé à appeler l'attention de mes confrères sur une méthode nouvelle et à la leur recommander, c'est qu'elle me paraît précisément présenter sur les autres la supériorité incontestable de pouvoir s'appliquer aussi aisément et aussi avantageusement dans tous les cas d'*hypertrophie tonsillaire simple*, qu'on ait affaire à des amygdales dures ou molles, pédiculées ou enchatonnées. Dans les cas où l'amygdalotomie serait indiquée, elle lui est supérieure parce qu'elle ne donne lieu qu'à un écoulement sanguin assez insignifiant pour ne gêner en rien l'opération pendant toute sa durée. Lorsque l'enchatonnement des tonsilles hypertrophiées indiquerait l'emploi de l'ignipuncture, ma méthode est encore supérieure à cette dernière, parce qu'elle est beaucoup moins douloureuse, tant immédiatement que consécutivement, et qu'elle n'est suivie d'aucune réaction locale ou générale appréciable. Enfin elle permet, dans tous les cas, d'opérer avec une précision et une sûreté qu'on demanderait vainement aux autres.

Le manuel opératoire est d'une extrême simplicité. Tout d'abord on s'assure, par un examen attentif à l'aide de la sonde amygdalienne (crochet mousse), de l'état des cryptes ; et si elles renferment des concrétions on les en débarrasse par la discission ; puis on recherche avec soin les adhérences des amygdales et des piliers ; et on les libère, à l'aide d'un crochet coupant en forme de serpette, que j'ai fait construire à cet effet. Cet examen et ces petites opérations préliminaires qui se font aisément après

anesthésie locale cocaïnique, ont une très grande importance, et elles ne doivent jamais être négligées.

On procède ensuite au morcellement, qu'on pratique à l'aide d'une pince spéciale extrêmement puissante, et qui permet de réaliser sans effort la section nette du tissu amygdalien saisi entre ses mors. Pour arriver à ce résultat, les pinces emporte-pièce à double tranchant annulaire ou ovalaire (du modèle imaginé pour le larynx par Krishaber et repris ensuite par Krause, Gouguenheim, etc.) ne conviennent pas; elles ne réussissent pas à effectuer la section complète du tissu saisi ; et pour enlever le fragment morcelé il est nécessaire d'opérer une traction brusque qui déchire les lambeaux adhérant encore, manœuvre douloureuse pour le malade. Mes pinces emporte-pièce n'ont qu'un seul mors annulaire; et il n'est pas tranchant; l'autre mors est plein, cylindrique, s'emboîte exactement dans le premier, et la section opérée par l'instrument est toujours complète. L'ajustage est assuré par la façon dont la pince est construite, l'une des branches étant emboitée dans l'autre de façon à ce que les mouvements d'écartement et de rapprochement des mors se fassent toujours suivant une direction absolument invariable.

Je n'insiste pas sur la façon d'appliquer la pince: je ne crois pas qu'il soit possible de fixer aucune règle à cet égard. On se guidera sur la forme, la saillie de l'amygdale, etc. ; et la manière de faire variera dès lors dans les différents cas. L'important est de se garder de saisir un des piliers entre les mors de la pince et d'éviter de faire dans le tissu amygdalien de trop grosses prises. Jamais la surface libre du morceau saisi ne doit dépasser les limites de l'emporte-pièce. Il faut faire la prise d'une main ferme, et rapprocher les mors de la pince lentement, mais avec force pour sectionner franchement le morceau. On enlève ainsi, en trois ou quatre prises consécutives, une bonne partie de la surface de la glande ; l'écoulement sanguin est tout à fait insignifiant et la douleur à peu près nulle. La même manœuvre est pratiquée ensuite, s'il y a lieu, sur l'autre amygdale, après un temps de repos. On abandonne alors la pince; et après avoir laissé reposer le malade quelques instants, on pratique sur les surfaces tonsillaires cruen-

tées une *friction énergique* à l'aide d'un tampon de coton hydrophile, fixé à l'extrémité d'une longue pince à forcipressure et imbibé d'une *solution iodo-iodurée forte* (iode, 1 ; iodure de potassium, 1 ; eau distillée, 4 à 6 grammes). Cette friction donne lieu à une sensation de cuisson d'abord assez forte, mais qui diminue rapidement d'intensité et est toujours de courte durée (1/4 d'heure ou 1/2 heure, rarement plus). Le malade se gargarise et se lave la bouche à l'eau froide ; et il peut ensuite se retirer, vaquer à ses occupations, prendre son repas sans gêne ni douleur.

Lorsqu'on l'examine au bout de quelques jours, ou d'une semaine au plus, on est frappé de la diminution de volume considérable des amygdales. Cette diminution n'est nullement en rapport avec le volume assez restreint des portions enlevées ; et de toute évidence elle dépend d'une rétraction secondaire. On procède dans la seconde séance à l'ablation des parties encore saillantes qu'on fait suivre également d'une application iodique. Dans la très grande majorité des cas, deux séances suffisent pour que le résultat cherché soit obtenu, et souvent il l'est à la première. Sur 80 malades environ, enfants ou adultes (de 5 à 35 ans) que j'ai traités de cette façon, depuis que j'ai définitivement réglé ma méthode, je n'ai eu que trois fois besoin de trois séances, sauf dans les cas où il s'agissait d'enfants indociles et où je n'avais pu m'occuper que d'une seule amygdale dans la même séance. Toutefois il importe de remarquer que les enfants supportent le morcellement avec beaucoup plus de facilité que l'ignipuncture ; et que, à l'encontre de ce qu'on observe souvent après l'emploi du feu, ils se défendent moins lors de la seconde séance qu'à la première.

Je rappellerai encore, en terminant, la règle absolue de n'opérer qu'après avoir libéré les amygdales enchatonnées de leurs adhérences aux piliers. Il serait oiseux d'insister ici sur l'importance de l'éclairage : il est évident que la nécessité de bien voir ce qu'on fait impose l'emploi du miroir frontal ou du photophore, et celui d'un abaisse-langue convenable.

ÉLECTIONS

Le Docteur Ruault est nommé vice-président, M. Bonnier, secrétaire des séances, et M. Ménière, trésorier pour l'année 1893.

La Commission de publication, composée de MM. Ruault, Potiquet, Reynier et Saint-Hilaire, est maintenue dans ses fonctions.

Séance du 6 Janvier 1893

Présidence de M. LŒWENBERG

1° Zona ophthalmo-tympanique (1)

Par le Docteur BONNIER

Sur un malade, tuberculeux et syphilitique avéré, soigné à plusieurs reprises dans le service de M. le professeur Dieulafoy, à l'hôpital Necker, pour diverses manifestations de ces deux maladies, on constatait dernièrement une double éruption d'herpès affectant simultanément le domaine du nerf ophthalmique et une minime partie de celui de l'auriculo-temporal. Les vésicules, dont l'apparition présentait les caractères ordinaires, occupaient le territoire du nerf frontal gauche ; on en voyait un groupe au niveau du sourcil, un autre plus haut et près de la ligne médiane, presque dans les cheveux, d'autres plus petits vers la tempe. Les paupières, gonflées et rouges, étaient fermées sur un globe oculaire parfaitement sain.

Au moment où les vésicules du front cessèrent d'être douloureuses, et où les croûtes se formèrent, six jours après son entrée à l'hôpital, le malade se plaignit de douleurs intolérables dans l'oreille gauche. L'examen montra, autour d'un tympan absolument intact, une constellation de six vésicules identiques aux premières, occupant la partie antéro-postérieure du cadre.

Aucune autre région du conduit, de la face, des fosses nasales, de la bouche ou de la gorge ne fut atteinte.

L'intérêt de cette observation nous semble résider dans cette double localisation, répartissant l'éruption herpétique aux deux extrémités du domaine du tri jumeau avec intégrité complète des régions intermédiaires.

(1) Cette observation, ainsi que la suivante, a été recueillie dans le service de M. le professeur Dieulafoy, qui a bien voulu nous autoriser à les publier.

De plus les organes essentiels de la vision et de l'audition furent respectés, tandis que les parties cutanées immédiatement voisines étaient exclusivement atteintes. Il y a là une sorte de systématisation circumsensorielle qui pourra un jour jeter quelque lumière sur la topographie des différents ganglions dont est formé le ganglion complexe de gasser.

Otorrhée bilieuse

Par le Dr Bonnier

Dans la période terminale d'un ictère rapidement aggravé, chez un malade atteint d'une cirrhose mixte, apparut une otite avec otorrhée très abondante.

La nature de l'otorrhée paraît s'être sensiblement modifiée avec l'évolution de l'ictère. Au début de l'otite, l'invasion biliaire ne s'étendait pas encore notablement à toutes les sécrétions et le pus de l'oreille se montra épais, d'un jaune à peine verdâtre ; peu à peu, les larmes, le mucus nasal, la salive même devinrent d'un vert franc très prononcé, colorant les linges et le mouchoir du malade. En même temps le pus de l'oreille devint plus vert, moins épais et fit place à un écoulement abondant de liquide vert sombre, transparent et très pauvre en matière concrète, de couleur identique à celle de l'urine du malade, emplissant la conque et tombant goutte à goutte sur l'oreiller qu'il salissait de larges taches vert bouteille.

Dans la période agonique, l'ictère, très prononcé jusqu'à alors, rétrocéda, le malade n'eut plus qu'un aspect cancéreux, les sécrétions redevinrent presque incolores, et le pus de l'otorrhée soustrait dorénavant à l'action de la bile, reparut jaune, épais, filant et de plus en plus abondant jusqu'à la fin.

Le Secrétaire-général,
Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

AIGRE, de Boulogne-sur-Mer.
AUBERT, d'Alger.
HAMON DU FOUGERAY, du Mans.
JOAL, du Mont-Dore.
JOLY, de Lyon.
LICHTWITZ, de Bordeaux.
MADEUF, de La Bourboule et du Mont-Dore.
NOQUET, de Lille.
PERCEPIED, du Mont-Dore.
SUAREZ DE MENDOZA, d'Angers.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

ARTZROUNY, de Tiflis (Caucase).
BÉZOLD, de Munich.
BOMFIM, de Lisbonne.
BURKNER, de Gœttingen.
COLLADON, de Genève.
COZZOLINO, de Naples.
CRESSWELL-BABER, de Brighton.
GOTTSTEIN, de Breslau.
GRAZZI (Vittorio), de Florence.
GUYE, d'Amsterdam.
HARTMANN, de Berlin.
HERING, de Varsovie.
KOCH, de Luxembourg.
KURZ (Edgard), de Florence.
MOOS, d'Heidelberg.
POLITZER, de Vienne.
PRITCHARD (Urban), de Londres.
SCHMIDT (Maurice), de Francfort.
SCHŒFFER, de Brême.
SCHNITZLER, de Vienne.
SUNE Y MOLIST, de Barcelone.
TOBOLD, de Berlin.